



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Suicid i Psykisk helsevern/Suicide in Psychiatric
healthcare**

Aimée Winsjansen og Anne Marit Johansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 03.09.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 14.08.14

Antall ord: 10 993

Forord

*Withdrawn he`d sit there
Stare blank into space
No sign of life
Did flicker on his face
Until one day he smiled
It seems as though with pride
The wind kissed him
Goodbye – and then he died*

Judas priest: Beyond the realms of death

Sammendrag

Bakgrunn: På verdensbasis dør det over 800 000 mennesker av suicid hvert år, i Norge rundt 530. Personer med psykiske lidelser har høyere suicidrisiko sammenlignet med befolkningen for øvrig. Sannsynligheten for å oppleve pasientsuicid kan derfor være større for helsepersonell som jobber innen psykisk helsevern. I praksis innen psykiatri fikk vi høre helsepersonell fortelle om sine reaksjoner etter pasientsuicid. Vi ønsket derfor å finne ut enda mer om hvilke reaksjoner sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern kan få etter et pasientsuicid.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse helsepersonells reaksjoner etter pasientsuicid innen psykisk helsevern.

Metode: Vi har brukt en systematisk litteraturstudie, som tar utgangspunkt i elleve artikler. Fire kvalitative, fem kvantitative og to som har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Artikkene har blitt analysert og hovedfunn identifisert.

Resultat: I vår studie kom vi frem til at reaksjonene var mange og ulike. Helsepersonell reagerte hovedsakelig med sjokk, skyld, forstyrret søvn, sinne, frykt, sorg og de hadde et behov for støtte etter hendelsen.

Konklusjon: På bakgrunn av ulike forutsetninger kan det være vanskelig å vite akkurat hvordan, og hvor sterkt de ulike individene reagerer. Det er ingen tvil om at pasient suicid påvirker helsepersonell. Økt bevissthet på reaksjoner kan gjøre at helsepersonell står bedre rustet til å hjelpe seg selv, men også være en støtte og hjelp for kollegaer. Det er viktig med ytterligere forskning på dette området, samt videre forebygging av suicid i befolkningen.

Nøkkelord: Sykepleier, helsepersonell, reaksjoner, pasient suicid og psykisk helsevern.

Abstract

Background: Globally over 800,000 people die by suicide each year. In Norway around 530. People with psychological disorders have a higher suicide risk compared with the general population. The likelihood of experiencing patient suicide may be greater for health professionals working in mental health care. In our practice in a mental health care unit, we heard healthcare professionals share their reactions to patient suicide. We therefore wanted to find out more about the reactions nurses working in mental health care can get after a patient suicide.

Purpose: The purpose of this study is to describe health professionals' reactions after a patient suicide in mental health care.

Method: We used a systematic literature review, which is based on eleven articles, four qualitative articles, five quantitative and two articles that have used both qualitative and quantitative methods. The articles have been analyzed and key findings identified.

Results: In our study we came to the conclusion that the reactions were many and various. Health workers reacted with shock, guilt, problems with their sleep, anger, sadness, fear, and they felt the need for some kind of support after the incident.

Conclusion: On the basis of different assumptions it can be difficult to know exactly how and to what extent the different individuals react. There is no doubt that patient suicide affects health professionals. Increased awareness of reactions can help health professionals to be better equipped to help themselves, but also provide support and assistance to colleagues. It is important to do further research in this area, as well as on the prevention of suicide in the population.

Keywords: Nurse, healthcare, reactions, patient suicide and mental health

Innhold

1.0	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1	Hensikt	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Suicid.....	2
2.2	Suicid i psykisk helsevern	2
2.3	Reaksjoner.....	3
3.0	Metode.....	6
3.1	Datainnsamling	6
3.2	Etiske vurderinger	10
3.3	Kvalitetsvurdering.....	10
3.4	Analyse.....	11
4.0	Resultat	13
4.1	Sjokk	13
4.2	Skyld og skam	14
4.3	Forstyrret søvn	15
4.4	Sinne, frustrasjon og hjelpeløshet	15
4.5	Frykt	16
4.6	Sorg	17
4.7	Behov for støtte	18
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.1.1	Datainnsamling	22
5.1.2	Kvalitetsvurdering	23
5.1.3	Analyse	24
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Helsepersonell reagerte med sjokk	26
5.2.2	Kunne jeg gjort noe annerledes?.....	28
5.2.3	Forstyrret søvn	29
5.2.4	Å reagere med sinne	30
5.2.5	Frykt etter suicid	31
5.2.6	Sorgens ulike uttrykk	32
5.2.7	Helsepersonell hadde behov for støtte	34
6.0	Konklusjon	37
6.1	Forslag til videre forskning	37
	Referanseliste	38

Vedlegg 1 - PIO-skjema

Vedlegg 2 - Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 3 – Artikkeloversikt

Vedlegg 4 - Hovedtema

Vedlegg 5 - E-mail

1.0 Bakgrunn for valg av tema

I følge WHO (2014) dør det på verdensbasis mer enn 800 000 mennesker i suicid hvert år. Grovt regnet kan man si at det skjer et dødsfall av suicid hvert førtiende sekund. Helsedirektoratet (2011) beskriver suicid som et av vår tids største helsemessige utfordring. I Norge registreres det i gjennomsnitt 530 suicid hvert år. I underkant av 400 menn og rundt 140 kvinner tar livet sitt. Sammenlignet med befolkningen for øvrig er suicidsrisikoen blant personer med psykiske lidelser høyere (Folkehelseinstituttet 2011). På bakgrunn av dette kan sannsynligheten for å møte pasienter som begår suicid være større for helsepersonell som jobber innen psykisk helsevern. Sykepleier inngår i begrepet helsepersonell. Økt kunnskap om temaet kan derfor være nyttig.

I praksis har vi hørt helsepersonell fortelle om sine reaksjoner etter pasientsuicid, og ble derfor fengst til å finne ut mer på området. I følge Folkehelseinstituttet (2011) får etterlatte ved suicid oftere økt belastning både fysisk og psykisk, enn etterlatte ved naturlig og ikke brå død. Videre føler de seg oftere ensomme og isolerte i forhold til etterlatte ved annen brå død. Helsedirektoratet (2011) påpeker at mens det før var vanlig å bruke begrepet etterlatte kun til nærmeste familie, blir det i dag også brukt om for eksempel terapeuter. Vråle (2009) skriver at mange følelser kan vekkes ved å jobbe med suicidal mennesker. Suicid og konsekvensene dette medfører, kan karakteriseres som katastrofer.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse helsepersonells reaksjoner etter pasientsuicid innen psykisk helsevern.

2.0 Teoribakgrunn

Under dette kapittelet presenteres relevant teori i forhold til suicid innen psykiskhelsevern og reaksjoner som kan oppstå etter slike hendelser.

2.1 Suicid

WHO (2014) skriver at suicid er en handling der man med vilje tar livet av seg selv. Videre skriver de at risiko for suicid inkluderer psykiske lidelser som depresjon, personlighetsforstyrrelser og alkoholavhengighet, samt noen fysiske sykdommer. Madsen (2003) skriver at det ofte er sånn at man etter et suicid setter tvil om hvorvidt det var hensikt å dø, og at dette gjøres ved at helsepersonellet setter seg inn i den avdødes tanker. Ved bruk av suicidmetoder der sjansen for å overleve er høy, settes tvilen særlig. Dette gjelder for eksempel ved forgiftning. Den hyppigste suicidmetoden er henging. Etter dette følger forgiftning, skyting og drukning. Tilsammen utgjør disse metodene 85 % av suicidene (Folkehelseinstituttet 2011).

2.2 Suicid i psykisk helsevern

Vråle (2009) refererer til en undersøkelse gjort av Rolf Hessø og Nils Retterstøl (1975) der det ble bekreftet at det er fare for at pasienter som behandles innen psykiatri kan begå suicid. Fra perioden mellom 1955 til 1972 viste det seg å være en økning i antall suicid i institusjon. På den tiden ble institusjonen åpnet, og en mer aktiv og miljøterapeutisk behandlingsform startet, samt bruk av moderne psykofarmaka. Økning i personalet og pasientsirkulasjon i avdelingene, kan tenkes at resulterte i mindre kontroll og mindre tilhørighet for suicidale pasienter. I dag er situasjonen på mange måter annerledes, selv om det ses manglende kontinuitet i behandlingsskjeden. Til tross for opptrappingsplanen for psykisk helse

1999-2006 med forlengelse til 2008, gjenstår det enda mye for å oppnå kontinuitet og sammenheng. Krenkelser knyttet til behandling og bruk av tvang er faktorer som kan medvirke til suicidalitet for pasientene. Fordommer og tabuer henger fortsatt igjen, selv om det har blitt større åpenhet rundt psykiske lidelser. Mange opplever det som skam og som et nederlag å være psykisk syk. Omgivelsen kan på mange måter utrykke sine fordommer selv om pasienten ikke gjør det. Trolig gjelder dette både pasientens sosiale nettverk og behandlere, noe som kan oppleves både nedverdiggende og som avvisende (Vråle 2009).

2.3 Reaksjoner

Dyregrov og Plyhn (2009) skriver at selv om et suicid har vært varslet gjennom planer eller at personen har en fortid med suicidforsøk, så skjer et suicid brått og ofte uventet. Dyregrov og Dyregrov (2007) har beskrevet vanlige reaksjoner etter uventet og brå død. Etter-reaksjoner er ofte varierte og fordelt over mange ulike områder i hverdagen. De forklarer at sjokk, mistro, nummenhet, og sterke følelser ofte er umiddelbare reaksjoner. Videre opplever mange sørgende perioder med gråt og tristhet. At disse opplevelsene er normale, eller unormale, har mange et sterkt behov for å få bekreftet. Personer med veldig sterke reaksjoner kan føle seg unormal, dette fordi sorgreaksjonene varierer i intensitet og varighet. Når en får vite at reaksjonene anses som normale, føler mange en lettelse. Når de varer i lengre tid og står i veien for en normal livskvalitet, kan de anses som kompliserte og uhensiktsmessige.

Ved opplevelsen av tap, eller trussel om tap, alvorlig krenkelser og katastrofeopplevelser kan det utløses traumatiske kriser. Selv om det både er situasjon og person avhengig hvordan en reagerer på traumatiske kriser, består reaksjonen av et typisk fase-preget forløp som består av sjokkfasen, som er preget av sterke reaksjoner, som varer fra få timer opp til et døgn. Reaksjonsfasen, som varer fra uker til måneder, sterk psykisk smerte, angst eller depresjon.

Bearbeidingsfasen, kan vare inntil et år der smerten gradvis kan distanseres. Nyorienteringsfasen, preges av at selv om sorg og savn setter dype og varige spor, hindrer ikke følelsene lenger den daglige fungeringen (Snoek og Engedal 2011).

Vråle (2009) skriver at det ikke bare er familie og sosial omgangskrets som blir berørt ved suicid, det kan være helsepersonell som har hatt kontakt med pasienten eller som havner midt i en slik akutt situasjon. På bakgrunn av deres relasjon til pasienten, egne erfaringer og situasjoner de står i, er det vanskelig å si på forhånd hvem som reagerer sterkest. Videre skriver hun at et suicid setter i gang mange følelser og individuelle reaksjoner. Det kan være sjokk, sorg, fortvilelse, aggresjon, skyld, og mye mer. Det vil være vanlig å trenge hjelp til å sette ord på opplevelsen, reaksjoner og etter hvert starte å bearbeide tapet av en pasient til suicid.

I følge Iversen (2009) tilhører den akutte belastningsreaksjonen eller reaksjon på stor belastning, en kategori av forstyrrelser eller tilstander som ikke alene karakteriseres av symptombilde eller forløp, men også ved en årsaksfaktor. Det skal altså være en eksepsjonell traumatisk begivenhet som medfører en akutt belastningssituasjon. Det er snakk om en identifiserbar kritisk hendelse. Når en pasient begår suicid vil dette ganske klart identifiseres som en traumatisk hendelse for dem som bevitner det. Videre henviser han til WHO`s fortegnelser over psykiske lidelser ICD 10, der «akutt belastningsreaksjon» er beskrevet som en forbigående tilstand hos forøvrigt psykiske u påfallende mennesker. Avhengig av om det er snakk om et tidsmessig kort eller en tidsmessig lengre tilstand, skal den avta i løpet av få timer eller noen dager. Symptomer på en akutt belastningsreaksjon er symptomer som ved generaliserende angst, tilbaketrukkethet, bevissthets forsnevring, desorientering, sinne eller verbal aggressivitet, fortvilelse eller håpløshet, overdreven formålsløs hyperaktivitet, ubehersket og overdreven sorgreaksjon i forhold til kulturell bakgrunn.

Iversen (2009) påpeker at en og samme hendelse antagelig ikke oppleves likt av to mennesker. Personligheten er en avgjørende faktor. Arvelig og biologiske forutsetninger, miljøpåvirkninger, og tidligere og senere erfaring, er en kompleks utviklingsform som former hvert menneske til et unikt individ, noe som innebærer at hvert enkelt menneske opplever verden på en egen måte. Til tross for at akutt belastningsreaksjon avtar etter kort tid, vil det likevel være symptomer i en tid etterpå. En reaktivering av symptomene vil ofte forekomme.

Samtidig som det å hjelpe andre mennesker kan være meget givende, kan det å arbeide med akutte krisesituasjoner for de fleste være en emosjonell påkjenning. I situasjoner der hjelperen er utfordret i faglig kompetanse, menneskelig innlevelse og kontroll, finnes det i mange tilfeller ikke noen klare retningslinjer eller svar på alvorlige livsspørsmål som krisen stiller. Selv om en vet at et selvmord ikke alltid kan forhindres, er det naturlig at dette kan være en vond og vanskelig opplevelse for den som har arbeidet med eller har hatt ansvar for den som har tatt livet sitt (Hummelvoll 2012). Angst, frykt, sinne, tristhet og sorg beskrives av Vråle (2009) som «naturlige, forståelige og gode» reaksjoner.

3.0 Metode

For å svare på en hensikt har vi etter høyskolens Retningslinjer for bacheloroppgaven (2013), gjort en systematisk litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013), er definisjonen av en systematisk litteraturstudie at en har en tydelig formulert hensikt som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

3.1 Datainnsamling

Vi har tatt utgangspunkt i Evans fire faser (2002). Den første fasen handler om å samle inn datamateriale som skal analyseres. Når vi hadde bestemt oss for hvilket tema vi ville fordype oss i, begynte vi først med å samle bakgrunnsstoff. Vi leste en del, og undersøkte hva som kunne være en aktuell og spennende hensikt. Når vi hadde kommet frem til en hensikt, satt vi opp aktuelle søkeord først på norsk, for så å oversette ordene til engelsk. Ordene satte vi inn i et PICO- skjema. C er ikke tatt med, fordi vi ikke er ute etter å sammenligne noe.

For å spesifisere våre søk, satt vi opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Et av kriteriene for å oppfylle en systematisk litteratur studie, er tydelig å beskrive kriterier og metoder for søking og utvalg av artikler (Forsberg og Wengstrøm 2013).

Inklusjonskriterier:

- Artikler med helsepersonellperspektiv
- Suicid blant pasienter under psykiatrisk behandling
- Artikler fra 2000 og oppover
- Etisk vurdert
- Kvalitet sikret
- Alle artiklene måtte være fagfellevurdert og ha nivå 1 eller nivå 2

Eksklusjonskriterier:

- Vi ekskluderte artikler eldre enn 2000
- Pasient og pårørende perspektiv
- Suicidforsøk

Et PICO skjema er et hjelpemiddel som gjør det enklere å formulere spørsmål. P står for population, hvilken pasientgruppe eller populasjon det dreier seg om. I står for intervetion, hva man er interessert i å finne ut. C for comparison, når vi skal sammenligne noe. O for outcome, utfallet (Strømme 2007). Under P plasserte vi ordene Suicid*, selfkill*, suicide risk*, suicide attempt* og psykiatr*, psykiatr* inpatient*, psykiatr* hospital*, psykiatr* patient*, patient*, client*, inpatient*. Vi var intressert i å finne ut reaksjoner til helsepersonell, og satt derfor ordene nurs*, health worker*, staff*, personnel*, social worker*, therapist*, psykiatrist*, assistant*, mental health professional* og mental health therapist* under bokstaven I. Under bokstaven O satte vi ordene, feel*, aftermath*, emotion*, impact*, longterm*, react*, experienc*, effect* og influence*.

Vi hadde en veiledningstime med bibliotekar i forkant av våre hoved-søk i databaser, samt en time underveis da vi sto fast i søkingen. Det viste seg etter hvert som vi søkte i databasene, at det fantes mange artikler om forebygging av pasient suicid, eller om pårørendes erfaringer etter et suicid. Men vi fant heller få artikler som omhandlet sykepleierens erfaringer, og som dermed hadde kunne gitt oss funn som kunne belyse hensikten vår. Vi bestemte oss da for å inkludere «helsepersonells reaksjoner» i stede for sykepleiere alene. Ved å utvide til helsepersonell, måtte vi naturlig nok også inkludere flere relevante søkeord (vedlegg 1). Når vi hadde fått flere søkeord startet hoved-søket vårt. Vi gikk inn på høgskolen i Molde sine nettsider, derifra inn i bibliotek og til oversikten over databaser. Så gikk vi videre inn i de databasene vi har tatt i bruk, Ovid Medline, Ovid PsychINFO, ProQuest og PubMed. Med utgangspunkt i PIO-skjemaet vårt

brukte vi søkeord med trunkeringstegn, som vi kombinerte med «AND» eller «OR», (vedlegg 2).

Database: Ovid Medline.

Vi gjorde et søk i denne databasen 20.01.14, der fikk vi 499 treff. Vi leste tre abstrakt, to hele artikler, men endte opp med å bruke bare en av dem (Takahashi et al. 2011), fordi de andre artiklene ikke gav oss noe svar på vår problemstilling. Vi hadde også et søk i **Ovid psycINFO** 07.03.14, vi fikk 64 treff men fant ingen nye artikler der.

Database: ProQuest.

Vi hadde til sammen syv søk i ProQuests database. I fire av disse søkene fant vi til sammen 6 artikler som vi valgte å inkludere i studien vår. Tre av søka våre i denne databasen, gav oss ingen nye artikler.

- 20.01.14 fikk vi 56 treff, men ingen artikler ble inkludert.
- 24.01.14, 24 treff, en artikkel inkludert (Ting et al. 2011). Limits: artikkel, språk Norsk, Engelsk og Dansk, publikasjonsdato etter 2008.
- 31.01.14- 61 treff, en artikkel inkludert (Wurst et al. 2010).
- 07.03.14- 57 treff, to artikler inkludert (Beverly et al. 2003 og Bohan et al. 2008). Limits: Norsk, Engelsk og Dansk språk. 2002 og oppover.
- 07.03.14- 176 treff. Vi brukte grenser for søket (limits), scholarly journals, article, Engelsk, Norsk og Dansk språk, etter 2003. Ingen inkludert.
- 07.03.14- 378 treff, ingen inkludert fordi vi hadde flere av disse fra før.
- 10.03.14- 9424 treff, vi fant en artikkel allerede på første side som vi inkluderte (Ting et al. 2006). Her brukte vi ingen limits.
- 23.06.14 – 6018 treff. Vi brukte grenser for søket (limits), article, Engelsk, dansk og norsk. Aldersgruppe 19 og oppover. Ingen inkluderte artikler.

Database: PubMed.

Her hadde vi to søk der vi fikk 276 treff første gang og 515 treff ved andre søk. Til tross for mange treff fant vi bare 3 nye artikler. Første søk 20.01.14 fant vi en artikkel (Bowers et al. 2006). Og i søk nummer to, 17.03.14 fant vi to (Wurst et al. 2013 og Hendin et al. 2000).

Google Scholar.

For å prøve å finne flere artikler, søkte vi i google scholar 17.03.14. Vi tok egentlig først et prøvesøk, med setningen «patient suicide, impact on psychiatrists» med limits fra 2009 og fremover. Vi fikk da 17 100 treff. Blant disse fant vi raskt en artikkel (Landers et al. 2010) som vi ville inkludere. Når vi gikk gjennom denne, fant vi også en annen artikkel i referanselisten (Hendin et al. 2004). Vi bestemte oss for å inkludere denne også, fordi vi synes det var en god artikkel som kunne være med på å belyse hensikten vår. I juni 2014 gjorde vi et nytt søk i denne databasen, der vi begrenset søket med artikler skrevet fra 2009 og fremover. Vi fikk da 6018 treff. Dette søket gjorde vi for å få et innblikk i om det hadde kommet nyere forskning som passet til vår hensikt og som da eventuelt kunne være med på å forsterke våre funn ytterligere. Etter det vi kunne se, var ingen av disse av interesse for vår oppgave.

3.2 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger ble sterkt vektlagt under hele søkeprosessen, samt i arbeidet med kvalitetssikring og analyse av funnene våre. Vi hadde som et krav at alle artiklene skulle være etisk vurdert, på den måten at de var godkjent av en etisk komite eller at tilstrekkelig informasjon om studien var gitt til deltagerne og anonymisering var vektlagt. Alle våre elleve forskningsartikler var på denne måten etisk vurdert. Deltagerne fikk informasjon om undersøkelsen på forhånd, og forsikring om anonymitet ble gitt. For at deltageren eventuelt skal ta stilling til om han/hun ønsker å delta med sin kunnskap eller ikke, er det viktig at prosjektet forklares grundig. En opplevelse av reservasjon eller skepsis mot forskerens motiver er lov, samt eventuelt å ta konsekvensene av dette (Malterud 2011). Oversikt over etiske vurderinger finnes i vedlegg 3.

3.3 Kvalitetsvurdering

Når vi etter inklusjons og eksklusjonskriterier hadde funnet alle 11 artiklene vi skulle bruke, kopierte vi opp disse, slik at vi hadde en bunke på 11 artikler hver. Vi nummererte dem fra 1-11. Vi delte artiklene inn i hver sin bunke med kvalitativ og kvantitative forsknings artikler. Det ble 4 kvalitative, 5 kvantitative og 2 som har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Deretter lastet vi ned sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2008). Vi tok da i bruk et skjema for kvalitativ og et for kvantitativ studie (prevalensstudie). Sjekklistene er godkjent av Høgskolen i Molde sine Retningslinjer for avsluttende bachelor oppgave (2013). Sjekklistene inneholdt spørsmål vi kunne krysse av ja, nei eller uklart på. Ut i fra vår egen vurdering og med utgangspunkt i sjekklisterne vurderte vi artiklene til dårlig, middels eller god (Vedlegg 3).

Vi har sjekket om alle artiklene er fagfellevurdert gjennom publiseringskanalen til Database for statistikk og høyere utdanning (2014). Da gikk vi inn på høgskolen i Molde sine nettsteder, videre inn i biblioteket, på tidsskrifter og så inn på vitenskapelige publiseringskanaler. Når vi la inn tittel på tidsskriftet hver enkelt artikkel var publisert i, fikk vi opp hvilket nivå de oppfylte. To av våre artikler var vurdert til Nivå 2, og syv på Nivå 1. To artikler fra det samme tidsskriftet «Social Work», fantes ikke i denne publiseringskanalen. Vi bestemte oss derfor for å sende en e-mail til tidsskriftet, med spørsmål om artiklene var fagfellevurdert. Vi fikk mail med beskjed om at alle artiklene de publiserer i sitt tidsskrift er fagfellevurdert (Vedlegg 5).

3.4 Analyse

Evans (2002) beskriver i sin artikkel hvor viktig det er å være systematisk i analyse arbeidet. I den andre fasen skal hovedfunnene i hver artikkel analyseres.

Når vi hadde kvalitetsvurdert artiklene, satt vi fortsatt igjen med 11 artikler, som var nummerert fra 1-11. Vi gikk dermed gjennom alle artiklene hver for oss, å notere ned egne funn. Med hensikten for oppgaven vår i bakhodet, lette vi etter detaljer i hver enkelt artikkel, som kunne ha betydning.

I den tredje fasen av analysen skal gjennomgående tema identifiseres. Temaene skal videre kategoriseres og gyldigheten av aktuelle funn skal vurderes (Evans 2002). Vi begynte med å legge på farger i selve artiklene. Deretter plukket vi ut de fargefunnene fra hver artikkel som hørte sammen, på hvert sitt eget fargeark. Disse arkene ble da våre hovedfunn, i alt syv ark som vi skulle bruke i resultatpresentasjonen. Under disse temaene plasserte vi nøkkelfunn. Slik som under «sjokk» hadde vi nøkkelfunn som «mistro» og «benektelse», og under «sorg» plasserte vi «tap» og «tristhet». Deretter førte vi temaene inn i en tabell som viser hvor mange artikler vi har samlet funnene våre fra, og hvilke

nøkkelfunn som vi knytter opp mot disse temaene. Vi samlet alle funn som omhandlet reaksjonen sjokk på et blått ark. Benektelse og mistro var nøkkelfunn. Funn som omhandlet skyld plasserte vi på et grønt ark, med nøkkelfunn selvbebreidelse, skam og utilstrekkelighet. Videre fulgte rosa ark med sinne, og nøkkelfunn frustrasjon og hjelpeløshet. Lilla ark omhandlet søvn, der nøkkelfunnene var flashbacks, problemer med innsovning, kvalitet på søvn, vonde drømmer og fantasier. På rødt ark plasserte vi frykt og nøkkelfunn angst, bekymring og redsel. Deretter et orange ark med funnet sorg, og nøkkelfunn tap og tristhet. Tilslutt samlet vi alle funn der helsepersonell hadde behov for støtte på et brunt ark. Nøkkelfunnene her var debrifing, familie/venner, forberedelse, kunnskap og viktigheten av å snakke om hendelsen (Vedlegg 4).

I den fjerde fasen skal fenomenet beskrives gjennom å formulere tema med referanser til datamaterialet (Evans 2002). Dette gir en resultatpresentasjon. Vi formulerte egne overskrifter som vi synes passet best for å presentere hovedfunna vi skulle legge frem (vedlegg 4). Titlene ble følgende:

- Sjokk
- Skyld og skam
- Forstyrret søvn
- Sinne, frustrasjon og hjelpeløshet
- Frykt
- Sorg
- Behov for støtte

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres funnene våre fra forskningsartiklene vi har valgt å inkludere. Funnene er delt inn i syv hovedkapittel for at resultatene skal presenteres på en oversiktlig måte.

4.1 Sjokk

Opplevelsen av sjokk er et av de sterkeste funnene våre. I åtte av elleve artikler blir det rapportert at helsepersonell opplevde sjokk etter pasient suicid. I de fleste av disse artiklene var sjokk et hovedfunn. Sjokk var en av de vanligste reaksjoner rett etter suicidet. Suicidet kom som et sjokk, da det var uventet at det skulle skje. Pasienten hadde for eksempel vist tegn til bedring siste tiden, og hadde blitt vurdert til ikke å være suicidal. Mange rapporterte å være uforberedt. Mens noen beskrev at de fikk en mild form for sjokk reaksjon, som mistro, beskrev andre en ekstrem grad av sjokk. Mistro og benektelse på den måten at noen benektet det som hadde skjedd, andre sa at de alltid hadde tenkt på suicid som noe så grusomt at de egentlig ikke trudde at noen ville gjøre det. Det viste seg også at suicidet var enda mer sjokkerende der pasienten ikke hadde hatt suicidforsøk tidligere. Det ble nevnt at det for noen tok flere dager å komme over påvirkningen som hendelsen gav (Beverley et al. 2003, Ting et al. 2006, Bowers et al. 2006, Bohan et al. 2008, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000 og Hendin et al. 2004).

The day he killed himself, he was talking to me, it was the first time I've seen him looking so bright, and then about 10 hours later we heard he'd just died, and that was just like, the impact it had on everybody on the ward, we couldn't understand why it happened (Bowers et al. 2006, 229).

4.2 Skyld og skam

“I felt the whole would`ve, could`ve, should`ve thing” (Ting et al. 2006, s. 333). Skyldfølelse blant helsepersonell var fremtredende ved pasient suicid. I de fleste av disse studiene kom det frem at en blanding av både skyld og skam var vanligst. Noen følte seg skyldig fordi pasienten hadde begått suicid, samtidig som de visste at de ikke kunne gjort noe for å forhindre det. Andre sa de visste at det kom til å skje en dag, men følte seg likevel skyldig for ikke å kunne gjøre mer for å hjelpe pasienten. Helsepersonellet stilte seg selv flere selvdømmene spørsmål. Slik som: kunne de sett det komme? Kunne man gjort noe annerledes, eller om pasienten hadde gitt noen tegn som de burde ha sett. Videre nevnes det også om dårligere atmosfære på jobben på grunn av frykten for å føle seg skyldig i suicidet. (Bohan et al. 2008, Bowers et. al. 2006, Ting et. al. 2006, Beverly et. al. 2003, Landers et. al 2010, Wurst et. al. 2010, Wurst et. al. 2013, Hendin et. al. 2000 og Haas et. al. 2004). I en av artiklene kom det frem at noen familiemedlemmer til pasienten uttrykte sinne mot helsepersonellet, dette førte også til skam og skyldfølelse (Bohan et al. 2006).

“It scared me, terrified me, left me doubting everything I did” (Hendin et al. 2000, 2024). Landers et al. (2010) rapporterer at over halvparten oppgav at deres selvfølelse ble påvirket. I noen andre artikler uttrykte deltagerne at de stilte seg tvilende til egen praksis. De følte på utilstrekkelighet, å være inkompetent, eller stilte spørsmål angående deres avgjørelser før og under hendelsene. Noen stilte seg selv kritisk til å være i feltet, og følte at de ikke visste hva de drev med (Hendin et al. 2000, Ting et al. 2006, Wurst et al. 2010).

I følge Ting et al. (2006) ble det sett et mønster av rettferdighetsgjørelse av sine egne handlinger, for å fjerne sin egen skyldfølelse. Noen mente at det ikke var noe

de kunne gjort annerledes, at pasienten hadde sterk vilje og at suicid var et valg han selv hadde tatt. Bowers et al. (2006) nevner også at enkelte forsikret seg selv om at det ikke var noe mer de kunne ha gjort.

I make my best call given all the time information I have, and then I have to say, it's not my responsibility because if they're going to kill themselves they're going to kill themselves. I have absolutely no control over that (Ting et al. 2006, 337).

4.3 Forstyrret søvn

“I had a very hard time and for the first weeks I didn't sleep well” (Ting et al. 2006, 332). Det ble også rapportert om forstyrret søvn. Det kunne være i form av vanskelighet med innsovning, dårlig søvn og vonde drømmer. Noen beskrev at skyldfølelse de kjente på viste seg i drømmene, mens andre fikk flashbacks som gjorde det vanskelig å sove (Hendin et al. 2004, Beverley et al. 2003, Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2006, Hendin et al. 2000 og Landers et al. 2010).

4.4 Sinne, frustrasjon og hjelpeløshet

I over halvparten av artiklene blir sinne, frustrasjon og hjelpeløshet beskrevet. Helsepersonell følte sinne over at pasienten ikke stolte på at de kunne hjelpe, og følte seg avvist. Sinne over å føle seg sviktet av pasienten, når terapeuten mente at de hadde kommet godt på vei i terapien. En deltager følte sinne over pasienten for å ha løyet om at han/henne var trygg, for så etterpå å ta sitt eget liv. Det fikk dem også til å stole litt mindre på andre pasienter (Hendin et al. 2000, Bohan et al. 2008, Wurst et al. 2013, Ting et al. 2006, Wurst et al. 2010, Beverley et al. 2003 og Landers et al. 2010).

I was pissed (at the clients); felt like why the hell couldn't they have called me? Why couldn't they have talked to me? Why couldn't they have reached out to me? Why couldn't they have reached out to (their) family? They have not thought to turn to me? (Ting et al. 2006, 332).

Ting et al. (2006) rapporterer om sinne over at pasienten hadde manglende evne til å bry seg om hvordan suicidet ville påvirke andres liv, inkludert helsepersonellet.

I felt for the child left behind...the worst part of the whole thing, I mean, other than being sad that this man killed himself...was feeling bad for his family (Ting et al. 2006, 332).

Sinne ble også beskrevet som et resultat av frustrasjon. Noen følte at tid og ressurser brukt på pasienten som hadde begått suicid, ble bortkastet. Sinne over at pasienten hadde gitt opp livet ble også nevnt (Ting et al. 2006, Bohan et al. 2008, Beverley et al. 2003).

quite angry and particularly with the girl that died because we had put so much effort into her and, eh... the anger I suppose was more out of frustration because so much time and effort had been spent with this girl and I felt that... we had failed her as well (Bohan et al. 2008, 14).

4.5 Frykt

I halvparten av artiklene rapporteres det om følelse av frykt, redsel og angst. Noen nevnte at angsten dreide seg om å tenke på hva andre pasienter kunne finne på mens de var borte fra avdeling. Angst og frykt for at et nytt suicid skulle skje igjen, dukket opp. Økt angst mellom kollegaene. Frykt for pårørendes reaksjoner, skyld, og redsel for å bli saksøkt kom også frem (Wurst et al. 2013, Hendin et al.

2000, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverley et al. 2003, Hendin et al. 2004).

“I saw my peers experiencing fear that somehow they would be held responsible. They felt threatened, blamed, and also blamed each other” (Beverley et al. 2003, 18). Det kommer fram om bekymring overfor andre pasienter. Om følelsen av å være opphengt i at pasienter skal være trygg, lettelsen når de er innlagt, og stor bekymring når pasientene utskrives. Økt årvåkenhet overfor pasientene og forhøyet etterlevelse av protokoll. Mindre tillit til de andre pasientene nevnes også (Ting et al. 2006, Bohan et al.2008, Beverley et al. 2003).

4.6 Sorg

“I could not control my crying. I mean, I was grief-stricken. When I say I came undone that`s when I really let myself open up and sob and cry” (Ting et al. 2006, 332). Mange artikler nevner sorg, følelsen av tap, tristhet eller depresjon. Følelsen av tap og tristhet ble særlig sett i sammenheng med at pasienten hadde vært kjent en stund (Bowers et al. 2006, Hendin et al. 2004, Ting et al. 2006, Beverley et al. 2003, Hendin et al. 2000, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013).

For 1 or 2 weeks, I felt extremely stressed, reaching burnout. The pictures of the event in my mind were vivid and awful. This stays with you for the rest of your life. Even though It happened 1 year ago, I can still see the patient`s face... I would come to work, and people would talk about it. I didn't want to talk because I was afraid I would break down and cry. I was good at masking my feelings at work, but when I left I'd just sit alone in my car and cry (Beverley et al. 2003, 18).

Det rapporteres i noen av artiklene om effekt på både det personlige og profesjonelle liv. Noen oppgav at de i etterkant av et pasientsuicid hadde

unngående atferd overfor andre potensielt suicidale pasienter, og at de heller ønsket å henvide dem videre til andre. Noen sluttet også i jobben (Landers et al. 2010, Ting et al. 2006). Mens en annen artikkel rapporterte at de fleste klarte å fortsette arbeidet sitt som vanlig etter en slik hendelse (Wurst et al. 2013).

4.7 Behov for støtte

Talking about it is the most important thing- holding it in is a big mistake. Express your feelings. Talk it through with supportive people and then get on with your life (Beverly et al. 2003, 19).

Nesten alle artiklene hadde nevnt noe om støtte i etterkant av et suicid, og at støtte i en eller annen form var avgjørende etter en slik traumatisk hendelse. Det kom fram at det var viktig å snakke om hendelsen, men meningene om hvordan og når dette burde gjøres, var delte. Støtte til helsepersonell viste seg imidlertid å være manglende. Noen nevnte for eksempel at en hendelse i etterkant stadig ble brakt på banen, og at det etter et halvt år fremdeles var snakk om det, samt ryktespredning. Grunnen for dette ble forklart med at de trengte formell hjelp til å få legge hendelsen bak. Helsepersonell følte seg mindre isolerte når de fikk muligheten til å snakke om hendelsen, ved å få utrykke følelsene sine, og ved å få høre hvordan det var normalt å reagere. Støtte fra venner og familie viste seg å være nyttig. Noen hadde godt av å møte opp i vedkommens begravelse. Debriefing ble tilbudt, men noen mente at den enten ble holdt for tidlig eller for sent. Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap, og god forberedelse for å ha bedre evne til å takle situasjonen ble også nevnt (Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2011, Bohan et al. 2008, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverly et al. 2003, Landers et al. 2010, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000).

The agency was very supportive of me. Our director is just a marvelous woman. All of us were able to talk and debrief; it was very validating for

me. It is easier to be harder on yourself than others are on you, especially in a situation like this. And it was validating to hear the psychiatrists and the team say they wouldn't have done anything different (Ting et al. 2006, 338).

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å belyse helsepersonells reaksjoner etter et pasientsuicid. Vi vil i dette kapittelet drøfte anvendt metode, resultat/funn og egne erfaringer opp mot relevant teori. Kapittelet er delt opp i metodediskusjon og resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

I inklusjonskriteriene våre valgte vi å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning. Jacobsen (2010) beskriver at det er mange som hevder at det er umulig å kvantifisere fenomener som er grunnleggende kvalitative. Disse fenomenene er for eksempel «livskvalitet» eller «lykke», samme kategori som i vår studie. Jacobsen (2010) hevder at alle typer ulik data er like gode, selv om de eger seg til å belyse ulike spørsmål. Ved kvantitativ design blir omfanget større, mens det kvalitative går mer ned i dybden og gir god detaljforståelse. Kvantitativ metode omfatter så mange mennesker at det er vanskelig å få tak i hele spekteret av hva hver enkelt egentlig opplevde. Likevel kan vi tenke oss at det kan være gunstig å ha med artikler som omfatter store antall mennesker for å vise at det kan overføres til større befolkningsgrupper. Ved at det viser statistikk over for eksempel ulike følelser, kan man sammenligne og støtte opp under kvalitative funn. Svakheten med også å inkludere kvantitative forsknings artikler kan være at de kan "lede" svarene, da spørsmålene ofte er ferdig oppsatte med egne kategorier som ikke omfatter andre eventuelle opplevelser. Dette kan dermed føre til tap av viktige funn. Flere av de kvantitative studiene vi har inkludert har også kvalitative trekk, som gir rom for deltagerne til å fortelle fritt om hendelsene hvis de ønsket dette. I vår oppgave kan det dermed være med på å gjøre de kvantitative artiklene sterkere, også i form av å omfatte flere deltagere. Vi har ikke kompetanse til å vurdere alle statistikkene i de kvantitative artiklene, dette ser vi at kan påvirke det kritiske synet vårt på artiklene.

Vi fant raskt ut at det var vanskelig å finne alle artiklene som krevdes til studien ved kun å inkludere artikler som ikke var eldre enn fem år. Dette gjorde at vi valgte å inkludere artikler helt ned til årstall 2000. Vi ser at det kan være en svakhet å inkludere eldre artikler, men vi vurderte at artiklene var relevante, da det ikke var noe signifikant forskjell i funnene mellom de eldste og nyeste artiklene. Vi la også merke til at de nyeste forskningsartiklene våre hadde brukt artikler som var eldre enn fem år, til og med helt tilbake til 80-tallet. Mulig kan dette være en indikasjon på at det finnes forholdsvis lite forskning på området.

WHO (2014) og Folkehelseinstituttet (2011) skriver at psykiske lidelser er en risiko faktor for suicid. På bakgrunn av dette valgte vi å holde fokuset på suicid innen psykisk helsevern, som da ble et av våre inklusjonskriterier.

Vi startet på litteraturstudien med sykepleieperspektiv, men fordi vi synes det var vanskelig å finne relevant forskning som omhandlet kun sykepleier, valgte vi å inkludere begrepet helsepersonell istedenfor. Iversen (2009) legger vekt på at hvert menneske er et unikt individ, med ulike forutsetninger som påvirker opplevelsen og reaksjoner på en hendelse. Dette er et faktum som vi er klar over, da vi ikke har ekskludert forskning på bakgrunn av kjønn, alder, kultur, ulike profesjoner, arbeidserfaring eller land. Arbeidserfaring kan jo muligens gjøre at noen takler hendelsene annerledes enn andre på grunn av mer eller mindre erfaring. Utdanningsforløpet til de ulike yrkesgruppene er også varierende, og noen har kanskje et større fokus på sanne hendelser, dermed også større kunnskap om suicid. Dette er noe vi er klar over kan være en svakhet i studien vår. Ulike land innebærer også ulike kulturforskjeller, som igjen kan være med på å påvirke resultatet. Men vi ser i artiklene at funnene er uavhengig av hvilket land de kommer fra.

5.1.1 Datainnsamling

I datainnsamlingen startet vi med å samle inn stoff om et tema som vi begge syntes var interessant. Det var en del fagstoff som omhandlet pårørendes reaksjoner etter et suicid, men om helsepersonells reaksjoner var det etter det vi erfarte noe begrenset. Vi fant noe av litteraturen vår på nettetsteder. Vi tok utgangspunkt i Evans (2002) fire faser. Den første fasen innebærer å samle inn datamaterialet som skal analyseres. Dette skulle bidra til en oversiktlig fremgangsmåte, noe vi til en viss grad også følte at det gjorde. Ved å følge en mal gjorde at vi tydeligere forsto hvordan vi skulle gå frem. Når vi hadde skapt oss et bilde av hva vi ville fordype oss i, formulerte vi en passende hensikt. Med utgangspunkt i hensikten vår ble søkeordene vi ville bruke skrevet ned.

Vi startet først med noen ord som vi mente kunne gi oss treff til å belyse hensikten vår. Det viste seg etter hvert som vi søkte i databasene at vi fant for få artikler som gjorde dette. Dette kan være både på grunn av at vi først brukte for få søkeord, fordi vi bare skrev ned de søkeordene som vi kom på uten noe form for hjelpemiddel. Hadde vi heller startet med å gjøre en grundigere jobb, for eksempel ved å søke opp synonym på både engelsk og norsk, ser vi i ettertid at dette kunne spart oss for mye tid senere i studien. Årsaken til dette kan også skyldes lite forskning spesifikt rettet mot sykepleierens reaksjoner. Vi utvidet derfor begrepet sykepleier til helsepersonell, og måtte dermed inkludere flere relevante søkeord for å finne ytterligere artikler. I forkant av dette hadde vi en veiledningstime med bibliotekar. Bibliotekaren gav oss nye ideer til søkeord. Hun hjalp oss til å sette opp søkene med en enda bedre struktur, som ved for eksempel å søke på et ord om gangen for så å sette sammen ordene i et utvidet søk. Vi hadde også en time seinere i forløpet da vi sto fast i søkingen, noe som hjalp oss litt videre. Vi brukte trunkeringstegn bak alle de engelske søkeordene. Slik som nurs*, for å utvide søket ved å romme ord som har med nurs* å gjøre.

Vi tok i bruk databasene OVID-MEDLINER, OVID-Psykinfo, ProQuest, og PubMed. Vi måtte også gjøre noen søk i Google Scholar, da vi ikke klarte å finne nok treffende artikler i de nevnte databasene. På dette tidspunktet hadde vi allerede ni artikler, men ønsket å inkludere flere for å ha mer materiale å jobbe med. I noen søk brukte vi begrensninger på søket, Limits, mens i andre gjorde vi ikke det. Det at vi ikke begrenset alle søkene likt, ser vi i ettertid at kan virke rotete. Det har også gjort arbeidet vårt videre noe usystematisk.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetssikre artiklene våre, benyttet vi oss av sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Det finnes flere ulike skjemaer for kvalitetsvurdering av artikler. Når vi brukte sjekklister fra samme plass, gir det system og samme type vurdering. Vi ser at bruk av flere sjekklister muligens kunne gitt en vurdering av enda høyere kvalitet. Begge kvalitetsvurderte alle artiklene. På bakgrunn av sjekklister og vår egen vurdering, rangerte vi artiklene fra god til dårlig. Hadde noen av artiklene blitt rangert til dårlig, hadde de blitt ekskludert. Deretter sjekket vi i Database for statistikk og høyere utdanning (2014) om artiklene var fagfellevurdert gjennom denne publiseringskanalen. Da vi fant ut at to av artiklene vi hadde fra samme tidsskrift ikke var fagfellevurdert der, sendte vi mail for å forsikre oss. På mailen vi sendte skreiv vi feil årstall på den ene artikkelen. Dette vil være uten betydning siden vi fikk i svar at alle artikler de har publisert i sin kanal er fagfellevurdert. En ulempe med dette er at vi ikke fikk svar på hvilket nivå publiseringskanalen hadde. På bakgrunn av at vi hadde vurdert den ene artikkelen som god og den andre til middels, valgte vi å inkludere dem i studien allikevel. Disse artiklene har tre av de samme forfattere – Ting, Jacobsen og Sanders. Den fra 2006 er kvalitativ med 25 deltagere, mens den fra 2011 er kvantitativ med 515 deltagere. Etter hva vi kan se er den ene ikke bygget på den andre.

5.1.3 Analyse

Bevisst eller ubevisst har vi alle tanker om hva vi kommer til å finne ut når vi går i gang med en undersøkelse. Ifølge Dalland (2008) er disse tankene, følelsene og kunnskapen vi har om området en ressurs. Det å oppleve at noen dør eller nesten dør, er noe vi begge har opplevd både i jobb og i privatlivet. Det å miste noen man står nær er en vanskelig prosess. Ved suicid vil det kanskje oppstå en del ubesvarte spørsmål, og tanken på at vedkommende sannsynligvis hadde det så vondt psykisk at livet ble for tungt å bære, kan være en ekstra vond tanke. Som helsepersonell vil man med stor sannsynlighet oppleve at pasienter dør, og noen ganger kan det dreiere det seg om suicid. Ofte knytter man et bånd med sine pasienter, men som pleiere skal man opptre profesjonelt, og tillatelse til å sørge vil kanskje av denne grunn kunne bli noe begrenset.

I starten av vår praksis innen psykiatri fikk vi ganske brått oppleve en hendelse med et suicidforsøk. Vi var ikke til stede når selve situasjonen oppsto, men kom på seinvakt kort tid etter. Stemningen var til å ta og føle på lenge etterpå, og det ble anledning for oss til å høre en del lignende historier om andre pasienter som hadde begått suicid. Vi fikk inntrykk av at de synes slike hendelser var svært tragiske for alle involverte. Samtidig er dette noe de til en viss grad er forberedt på før de kommer på jobb. Det ser ut til å være nyttig for bearbeidingsprosessen å snakke om hendelsen rett etterpå og en stund i etterkant. Ved mange slike opplevelser vil vi tro at det i lengden, eller i senere tid mulig kan være belastende.

Vi brukte Evans (2002) for å gjøre analyseprosessen systematisk og oversiktlig. Dette var en spennende og krevende prosess. Ved at vi hver for oss gikk gjennom alle artiklene og noterte ned egne funn, ga det oss rom til å oppdage funn den andre kanskje overså. Når vi gikk sammen igjen og studerte hverandres notater, var det ingen betydelige forskjeller i hovedfunna vi begge hadde identifisert. Vi fikk allikevel bekreftet at dette var en gunstig måte å gjøre det på, da det var noen nøkkelfunn som ikke begge hadde lagt merke til. Fargekodingen vi tok i bruk

gjorde det betydelig enklere å finne tilbake til avsnitta funna befant seg i, og til de situatene vi brukte i resultatpresentasjonen for å fremheve våre funn. Det gjorde det også enklere å jobbe med når vi skulle skrive de om til vårt materiale. Et av våre hovedfunn kom vi fram til senere i prosessen, etter at vi hadde lagt fra oss oppgaven for en periode. Behov for støtte var det nye funnet som vi valgte å ta med i resultatet. Vi så at behov for støtte var en reaksjon som gikk igjen i de fleste av forskningsartiklene våre, noe vi tidligere egentlig hadde lagt merke til, men som vi da ikke betegnet som en reaksjon. Når vi da så i gjennom artiklene på nytt med «nye øyne», ble vi enig om at det å ha et behov for støtte etter en slik hendelse er en reaksjon.

Alle artiklene vi inkluderte sto skrevet på engelsk, vi måtte derfor oversette de. Selv om vi begge har erfaring i Engelsk både skriftlig og muntlig gjennom grunnskole og videregående, har vi lite erfaring i å studere forsknings artikler. Vi la merke til at noen ord og setnings sammenhenger kan være vanskelig å oversette presist til norsk. Feil kan oppstå, som må tas i betraktning.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte funnene våre opp mot teoribakgrunn, ny faglitteratur, erfaringer fra praksis og egne tanker rundt dette. Kapitlet er delt inn i syv underkapitler.

I vår litteraturstudie har vi sett at helsepersonell kan oppleve mange og ulike reaksjoner, slik som sjokk, skyld, skam, forstyrret søvn, sinne, frykt, sorg og behov for støtte (Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2011, Bohan et al. 2008, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverly et al. 2003, Landers et al. 2010, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000 og Hendin et al. 2004). Folkehelseinstituttet (2011) skriver at etterlatte ved suicid ofte får økt belastning både fysisk og psykisk, mer enn etterlatte ved naturlig og ikke brå død.

5.2.1 Helsepersonell reagerte med sjokk

I følge våre funn var sjokk en av de vanligste reaksjonene rett etter pasientsuicid. Noen beskrev en mild form for sjokktilstand, mens andre rapporterte om en ekstrem grad av sjokk (Beverley et al. 2003, Ting et al. 2006, Bowers et al. 2006, Bohan et al. 2008, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000 og Hendin et al. 2004). Sjokk er en vanlig reaksjon etter traumatiske hendelser, og karakteriseres som en del av et naturlig kriseforløp. Hvordan man reagerer på traumatiske kriser er situasjon og personavhengig. Sjokkfasen pågår fra få timer og opp til et døgn, og kjennetegnes ved sterke reaksjoner (Snoek og Engedal, 2011). Fra praksis har vi erfart at mange også oppgir sjokk som en umiddelbar reaksjon etter et suicid, eller forsøk på dette. Noen har beskrevet det som en slagst nummenhet som tar vekk andre følelser i øyeblikket, og som kan gjøre at de «stenger ute» andre deler av verden rundt for en stund. Det kan jo tenkes at dette på en måte kan være heldig i en situasjon der helsepersonell må handle raskt, fordi de da kanskje i mindre grad lar seg påvirke av andre følelser, og av selve alvoret i

øyeblikket. Det kan jo også føre til at noen blir handlingslammet, noe som ville være meget uheldig i en situasjon der det stod om liv. Viss helsepersonell skulle oppleve dette, kan det tenkes at det kan føre til ytterligere påkjenninger ved følelsen av at man ikke taklet situasjonen slik en burde. Vi har også hørt fra praksis at helsepersonell følte livet gikk i sakte film, at det følte uvirkelig. Dette samsvarer med det Dyregrov og Dyregrov (2007) skriver, om at noen kan føle det som om at hendelsen er en del av en drøm, eller som om at det skjer på en film.

Det er ikke så vanskelig å tenke seg at helsepersonell kan reagere med sjokk når de for eksempel snakker med en tilsynelatende munter pasient i det ene øyeblikket, mens neste gang de ser pasienten er han eller hun død. Weisæth og Mehlum (1993) skriver at suicid handling ofte kommer uventet på nærmeste omgivelser. Ofte er signalene til omgivelsen uklare og vanskelige å tolke, selv om undersøkelser viser at de fleste gir en slags advarsel på forhånd. Dette samsvarer med funnene i våre artikler. Når pasienten ikke var betegnet som suicidal, eller hadde vist tegn til bedring, ble hendelsen karakterisert som et enda større sjokk (Wurst et al. 2008, Bowers et al. 2006 og Hendin et al. 2000).

Lauridsen (1994) beskriver at man forsøker å holde virkeligheten tilbake ved å nekte å tro på det som har skjedd. Man har bruk for å beskytte seg for smerten som tapet påfører. Dyregrov og Dyregrov (2007) skriver at det er som om at virkeligheten er satt på vent, slik at man klarer å stå i situasjonen som har oppstått. Sjokkreaksjonen er som en form for mental beskyttelse. I funnene våre ser vi at noen reagerte med benektelse og mistro på hendelsen, der noen mente at suicid var så grusomt at ingen egentlig ville utføre det (Ting et al. 2006). At man beskytter seg for smerten ved å benekte det som har hendt, kan muligens også være en måte å forsøke å opprettholde sin profesjonelle utøvelse på i den vanskelige situasjonen.

5.2.2 Kunne jeg gjort noe annerledes?

Et av våre sterkeste funn viser at skyldfølelsen blant helsepersonell går hånd i hånd med skamfølelse. Disse følelsene kom til syne i kritikk til egen yrkesutøvelse, at andre påførte dem skam ved å utrykke sinne, eller ved å beskyldte dem for ikke å gjøre en god nok jobb (Bohan et al. 2008, Bowers et. al. 2006, Ting et. al. 2006, Beverly et. al. 2003, Landers et. al 2010, Wurst et. al. 2010, Wurst et. al. 2013, Hendin et. al. 2000 og Hendin et. al. 2004). Både skyld og skam ved suicid er en vanlig reaksjon hos helsepersonell så vell som pårørende. Suicid kan tolkes av omgivelsene som en alvorlig kritikk på omsorgen de han gitt og måten de har tatt vare på den suicidale. Dette kan gjøre at de etterlatte kan klandre seg selv, føle seg avvist og krenket (Vråle 2009). Anneberg (2002) forklarer at profesjonelle kan ha den samme form for selvbebreidelse som pårørende.

Når sjokkfasen går over til reaksjonsfasen, kan det se ut som at helsepersonellet begynner å stille seg spørsmål om hendelsen, hva skjedde og om hva man kunne gjort annerledes. At man setter tvil om hvorvidt vedkommende hadde i hensikten å dø, er også et vanlig spørsmål å stille seg (Madsen 2003). Dyregrov og Dyregrov (2007) skriver at både bebreidelse og skyldfølelse kan være en av de viktigste menneskelige reaksjonene etter kritiske eller traumatiske hendelser. Videre skriver de at disse følelsene får mennesker til å tenke gjennom det som har skjedd, deretter trekker hjernen ut informasjon fra erfaringene som vi kan ha nytte av senere i livet. Kanskje det da kan være sunt at helsepersonell kjenner på disse følelsene? Hvis det kan føre til at de bearbeider hendelsen og at de kan takle en slik situasjon bedre hvis det skulle hende igjen. Vi vet fra praksis at de har debriefing etter en slik hendelse. Dette er en arena der alle involverte får mulighet til å beskrive hva de opplevde, deretter går de gjennom hva de kunne gjort annerledes. Hummelvoll (2012) bekrefter at det er naturlig at den som arbeider med eller har hatt ansvar for den som begår suicid, synes det er en vanskelig og vond opplevelse, selv om en er klar over at det ikke alltid kan forhindres.

Helsepersonell sin skyldfølelse kan bli forsterket når pårørende uttrykker sinne over at pasienten ikke var trygg hos dem. På den annen side kan det også være uttrykk for pårørendes egen skyldfølelse. Vråle (2009) skriver at å skylde på andre kan være uttrykk for et behov man har for å avlaste seg selv når smerten blir for stor. Beskyldningene i helsepersonellmiljøet kan ta mange veier. Det kan være skyld fra personalet til pårørende, fra pårørende mot personalet og fra personale mot annet personale. Ved suicid kan det noen ganger skapes syndebukker, som en slags avlastningsmanøver for den som sitter hardest i skyld og skam. Mulig kan det da være nyttig at helsepersonell og pårørende går gjennom hendelsesforløpet i etterkant, og på den måten bearbeider og får en helhetsforståelse av tragedien. Svar på spørsmål kan være en hjelp for begge parter til å komme videre. Helsepersonalet som skal fortsette å arbeide med suicidale pasienter, har trolig behov for å avslutte/ legge av seg hendelsen. Hvorvidt det er rutine på at dette praktiseres på alle arbeidsplasser, er vi usikre på. Viktigheten med å legge av seg hendelsen kan muligens understrekes ved det Vråle (2009) skriver om at skam og skyld kan føre til selvsentrert i den grad at den normale omsorgsevnen blir påvirket.

5.2.3 Forstyrret søvn

I funnene våre rapporteres det om forstyrret søvn. Det kunne være i form av vanskelighet med innsovning, dårlig søvn og vonde drømmer. Noen beskrev at skyldfølelsen de kjente på, viste seg i drømmene, mens andre fikk flashbacks som gjorde det vanskelig å sove (Hendin et al. 2004, Beverley et al. 2003, Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2006, Hendin et al. 2000 og Landers et al. 2010). Psykiske faktorer som stress, angst og depresjon, kan påvirke søvnen (Snoek og Engedal 2011). Ut ifra våre funn kan det se ut som at påkjenningen et selvmord har på helsepersonell, kan føre til dårlig søvn. Dyregrov og Dyregrov (2007) skriver at det ofte er når de etterlatte legger seg at tankene kommer, og mange får derfor i

mindre eller større grad søvnforstyrrelser. Videre skriver de at tankene gjør kroppen urolig, og at noen får hendelsen tilbake som et mareritt under søvn. Det er ikke vanskelig å tenke seg at helsepersonell deretter kan oppleve å få en selvforsterkende effekt som følge av forstyrret søvn. Sover man dårlig, kan det være med på å påvirke dagen etterpå negativt. Over tid kan det føre til ytterligere belastninger, som for eksempel utbrenthet. Vi ser også at dårlig søvn muligens kan være med på å øke frustrasjon og sinne (Dyregrov og Plyhn 2009). Sinne og frustrasjon i arbeidssammenheng smitter gjerne fort over på andre og kan føre til et dårlig arbeidsmiljø, som igjen kan føre til at den generelle årvåkenheten som trengs minskes. Frustrasjon kan ta mye energi og det kan ta bort mye av fokuset fra arbeidet som skal gjøres.

5.2.4 Å reagere med sinne

Våre funn viser at sinne var en reaksjon som helsepersonell opplevde overfor den suicidale pasienten. Sinnet dreide seg blant annet om følelsen av at pasienten ikke stolte på hjelpen de tilbydde (Hendin et al. 2000, Bohan et al. 2008, Wurst et al. 2013, Ting et al. 2006, Wurst et al 2010, Beverley et al. 2003 og Landers et al. 2010). Anneberg (2002) skriver at sinne kan være en voldsom følelse hos etterlatte. Den trenger ikke være rettet mot den etterlatte eller mot en selv, det kunne for eksempel være mot Gud, annen familie eller behandlere som ikke oppfattet hvor ille personen som tok livet sitt hadde det. Dette kan hentyde at sinne ikke nødvendigvis er en rasjonell følelse i forhold til situasjonen, men en slags del av en bearbeidende prosess. Dette støtter Vråle (2007) opp under da hun skriver at de berørte kan ha behov for å avlaste seg selv, i form av å legge skyld på andre dersom smerten blir for stor å bære.

Dyregrov og Plyhn (2009) påpeker at sinne er en vanlig reaksjon etter et suicid, og at det trolig kan være reaksjon som følge av lite energi og dårlig søvn. Videre fordi at nye krav til omgivelsene stilles, endringer av verdier, og en sensitivitet for

omgivelsene gjør at en lettere kan bli irritert eller sinte. Vråle (2009) skriver at aggresjon og sinne kan påvirke i den grad at handlefriheten og vurderingsevnen innsnevres. Det kan være vanskelig å kjenne på sinne over den som er død. På samme måte som ved angst, kan aggresjon påvirke en både fysisk og psykisk. I praksis har vi erfart at helsepersonellet legger mye ressurser og tid inn i arbeidet med pasientene som er innlagt. De gir av seg selv, og engasjerer seg i livet deres for å hjelpe dem på best mulig måte. Hvis en pasient begår suicid, er det da kanskje ikke så vanskelig å forstå at følelser av frustrasjon og sinne kan oppstå.

5.2.5 Frykt etter suicid

Noen rapporterte at de følte frykt og angst over at et nytt selvmord skulle skje, og følelsen av at selv deres beste forsøk ikke kunne forhindre det (Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverley et al. 2003 og Hendin et al. 2004). Vråle (2009) henviser til Mehlum (1999) som skriver at et selvmordsforsøk kan representere en fare for gjentakelse. Bekymringen vi har identifisert kan da tenkes å være reel. Det kan tenkes at bekymringen kan gjelde både de som opplever det for første gang, og de som har opplevd det flere ganger. En kan stille seg undrende til om redsel for å havne oppi slike situasjoner, igjen kan føre til et dysfunksjonelt helsesystem?

Frykt og økt angst er en vanlig reaksjon på brå død (Dyregrov og Dyregrov 2007). Videre skriver de at angsten har flere dimensjoner. En av dem kan være økt sensitivitet for forandringer. Kroppen kan være i alarmberedskap der forandringer kan bli avlest som fare, og dermed utløse en reaksjon. Vråle (2009) beskriver angst og frykt som et viktig varsel om fare for suicid. Vanlige fysiske reaksjoner ved angst er kvalme, svimmelhet, hjertebank og magevondt. Det kan oppleves som om hele vår psykososiale funksjonsevne påvirkes. Konsentrasjon, evnen til å løse problemer og kommunisere reduseres. Noen tilstander av angst kan beskrives som «tunnelsyn». Angsten som oppstår ved et selvmord kan settes i sammenheng

ved følelsen av at man ikke har strukket til vurderingsmessig, med omsorg og omtanke. Som en reaktivering av gamle traumer, kan angsten forstås ut ifra tidligere erfaringer og ubearbeidende reaksjoner. Vi har gjennom praksis hørt om hendelser der personalet har fulgt magefølelsen, og sjekket til pasienten en ekstra gang for så å finne han/henne i ferd med å ta sitt eget liv. Det finnes også de som etter å ha opplevd noe slik får en klump i magen hver gang de må åpne døren på pasient-badet fordi de har en slags angst eller frykt for å finne enda en pasient som prøver å ta livet sitt. Vråle (2009) skriver også om en hendelse der en psykiatrisk sykepleier hadde hatt en ubehagelig følelse av frykt som gjorde at hun gikk for å se etter en pasient. Pasienten fant hun da i ferd med å henge seg på badet. Hun skriver også om helsepersonell som flere ganger har fortalt hvordan de bruker angsten som et signal på suicidfare. Man kan jo da stille seg spørrende til om dette er en følelse vi alle har, eller om det muligens kan tilhøre de mer erfarne yrkesutøverne. Ut ifra våre erfaringer i praksis innen psykisk helsevern, sier helsepersonell vi var i kontakt med at de aldri kan være helt forberedt på et nytt suicid. Selv om de vet at det er en stor fare for at de vil oppleve dette igjen, dersom de fortsetter å jobbe innen psykisk helsevern. Denne usikkerheten må de leve med, og bearbeide på arbeidsplassen.

5.2.6 Sorgens ulike uttrykk

Mange beskrev i artiklene om sorgen de kjente på etter at en pasient hadde tatt livet sitt. Følelsen av tap, tristhet og depresjon ble nevnt. Noen forklarte hvordan de ikke klarte å kontrollere gråten. Tap og tristhet ble sett i sammenheng der helsepersonell hadde kjent pasienten en stund. En av deltakerne beskriver at han/hun i etterkant av et pasientsuicid opplevde å føle seg fysisk syk. Vedkommende trodde han/hun hadde fått et hjerteinfarkt og måtte dra på legevakten (Bowers et al. 2006, Hendin et al. 2004, Ting et al. 2006, Beverley et al. 2003, Hendin et al. 2000, Wurst et al. 2010 og Wurst et al. 2013). Hummelvoll (2012) skriver at sorg er den følelsen som oftest kommer etter tap, og at tap av en

kjær person ved død er en av de mest sorgprovoserende hendelser. Selv om en vet at et selvmord ikke alltid kan forhindres, er det naturlig at dette kan være en vond og vanskelig opplevelse for den som har arbeidet med, eller har hatt ansvar for den som har tatt livet sitt. Når en pasient mister livet, som man i tillegg hadde knyttet et bånd til er det kanskje naturlig at sorgen vil komme. Ved historier der helsepersonell føler seg fysisk syk, kan det se ut som at reaksjoner som skyves til side kan utvikle seg til fysisk smerte isteden. Ved suicidforsøk der pasienten overlever, vil sorgen kanskje være annerledes. Det kan tenkes at det da kanskje dreier seg om tristhet over at pasienten i det hele tatt forsøkte å ta livet sitt.

I noen av våre funn blir det nevnt at pasientsuicid hadde en effekt på både det personlige og profesjonelle liv. Noen hadde atferd som innbar unngåelse av suicidale pasienter, mens andre sluttet i jobben. På det personlige plan rapporterte noen at de kunne ha mindre tålmodighet overfor barna sine, mer overbeskyttende, og være unnvikende mot ektefellen (Landers et al. 2010, Ting et al. 2006). Det kan tenkes at noen føler på at man som helsepersonell skal opptre profesjonelt, og dermed har mindre rom for å sørge. Vråle (2009) skriver om hvor viktig det er å få bearbeide, dele og leve ut den umiddelbare smerten. Man kan jo stille seg spørsmålet om helsepersonell er flinke nok til å gjøre dette.

Fra praksis har vi hørt om de som følte at første og andre suicid hendelse ikke gav påfallende reaksjoner, mens den tredje fikk «begeret» til og «renne» over. Hvorfor dette tredje suicidet gav den reaksjonen var vedkommende selv undrende til, men reflektere over om det rett og slett kunne være at det ble for mye. Kanskje kan det være personlige forhold som er årsaken til at noen reagerer sterkere enn andre, og at samme person dermed kan reagere forskjellig fra gang til gang. Som nevnt under funnet av reaksjonen sorg, kan måten man reagerer på også dreie seg om hvilket personlige bånd helsepersonell og pasient har (Bowers et al. 2006, Hendin et al. 2004, Ting et al. 2006, Beverley et al. 2003, Hendin et al. 2000, Wurst et al. 2010 og Wurst et al. 2013). En og samme hendelse kan også oppleves ulikt av to mennesker. For eksempel kan miljøpåvirkninger være en avgjørende faktor. Er

man eksempelvis midt opp i et samlivsbrudd, samtidig som et pasientsuicid melder seg på jobb, kan det være tenkelig at hendelsen kan oppleves som ekstra vanskelig. Iversen (2009) bekrefter at menneske opplever verden på sin egen måte. Dyregrov og Plyhn (2009) skriver at vi har alle ulike måter å mestre utfordringer på, og forskjellig styrke til å bære dem.

5.2.7 Helsepersonell hadde behov for støtte

Det kom fram i funnene våre at støtte i en eller annen form var avgjørende etter pasientsuicid. Tydelig var det å snakke om det viktig, men det var delte meninger om når og hvordan (Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2011, Bohan et al. 2008, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverly et al. 2003, Landers et al. 2010, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000).

Vi ser at gruppeterapi, for å snakke om og bearbeide reaksjonen kan være en god støtte. Vråle (2009) skriver at i gruppeterapi kan den enkelte oppdage den universelle sorgen, som igjen kan redusere selvbekredning og ansvarfølelsen. Når en får vite at reaksjonene anses som normale føler mange en lettelse. Når de varer i lengre tid og står i veien for en normal livskvalitet, kan de anses som kompliserte og uhenksomme. Selv om gruppeterapi ser ut til å være et godt tilbud for å bearbeide reaksjoner, ble det nevnt at det er viktig å ta hensyn til at det nødvendigvis ikke passer for alle. Hun skriver videre at det kan være vanskelig for noen å snakke om sine reaksjoner rett etterpå. Ved siden av gruppeterapi, viser det seg at individuell terapi også er ønskelig. Noen ganger kan helsepersonell som har vært involvert i behandlingen eller som sto pasienten nær, møte opp i begravelsen. På forhånd kan det være greit å spørre hva pårørende ønsker. Ofte kan det være godt for pårørende å oppleve den slags støtte, mens det noen ganger kan være sånn at sinne mot personalet er så sterkt at det er bedre at en ikke dukker opp i begravelsen. Som nevnt tidligere er debrifing en mye brukt metode som oppfølging av helsepersonell etter suicid. Funnene våre støtter opp om at debrifing er noe de aller fleste får tilbud om etter et pasientsuicid. Noen rapporterte at selv

om debriefing var et tilbud, fungerte det ikke alltid like godt, for eksempel ble det tilbudt for tidlig etter hendelsen eller for sent. Det kan hende at lite kunnskap på området kan være årsaken til dette. Noen rapporterte også at støtte til helsepersonellet var manglende (Takahashi et al. 2011, Ting et al. 2011, Bohan et al. 2008, Bowers et al. 2006, Ting et al. 2006, Beverly et al. 2003, Landers et al. 2010, Wurst et al. 2010, Wurst et al. 2013, Hendin et al. 2000).

Svendsen (2005) forteller om hvor viktig det er at personalgruppa vet hva som ligger i debriefing, og deler egen erfaring om emne. Hun forklarer hvordan debriefing føltes ubehagelig rett etter hendelsen, med en personalgruppe til stede som skulle mene noe, eller komme med råd og betraktninger. Selv om følelsen av medfølelse lå i bunn, opplevdes situasjonen som vanskelig fordi alle hadde råd og forslag til håndtering av situasjonen. Faglige spørsmål ble også stilt, om hvordan hun hadde taklet pasienten, skrevet journalnotater og om faresignaler var lagt merke til. Videre forklarer hun at selv om hun ikke var i tvil om at kollegaene hadde i hensikt å være støttende, ble situasjonen ubehagelig i en tilstand av sjokk. Hun følte seg dermed ute av stand til å motta velmenende råd, og begynte isteden å tenke på alt som ikke var blitt gjort og hvordan saken burde blitt håndtert annerledes. Deretter kom følelsen av tilkortkommenhet, maktesløshet og skyldfølelse, og sterkere enn de i utgangspunktet hadde behøvd å bli. I etterkant tenker hun at det hadde vært best å slippe å legge saken frem i debriefing, før hun var klar for det. Det kan se ut som at debriefing på denne måten kanskje ikke alltid er det mest gunstige. Når man fortsatt er i sjokk, og må ta stilling til en rekke spørsmål som i tillegg kan få en til å sette tvil om sin egen vurdering og avgjørelser er det ikke rart at man kan føle seg maktesløs og skyldig. Selv om det er viktig at man reflekterer over hendelsen rett etterpå, kan det se ut som at faglige spørsmål og overveielser burde utsettes, og at det heller i debriefingen er rom for å snakke om sine egne opplevelser uten så mange spørsmål som lett kan oppfattes som et angrep. Vi har erfaring fra praksissteder at det tilbys faste medarbeidersamtaler, der personalet enkeltvis kan snakke med leder, om behov og problemer knyttet til arbeidet. Dette kan også være en nyttig arena for at alle

arbeidere blir hørt, samtidig har arbeidsgiver plikt til følge opp det som kommer fram i samtalen. Dette kan være til hjelp at helsearbeideren kan stå videre i jobben sin. Vråle (2009) påpeker at nettopp fordi helsepersonellet også har oppgaver, og behandlingsoppgaver i forhold til eventuelle berørte pasienter og pårørende, er det viktig at de raskt får hjelp selv. Dette for å kunne utføre hjelpen på en måte som ivaretar sikkerheten for andre i avdelingen, uten at en selv er for mye i ubalanse.

6.0 Konklusjon

Ut i fra resultatene i denne litteraturstudien kom det frem at helsepersonell opplever mange, ulike og sterke reaksjoner etter pasientsuicid. Vi ser at sjokk sammen med skyld, skam, og sinne er vanlige reaksjoner. Mange reagerte også med følelsen av tap og sorg. Flere av disse reaksjonene er universelle menneskelige reaksjoner etter et traume. På bakgrunn av ulike forutsetninger, kan det være vanskelig å vite akkurat hvordan, og hvor sterkt de ulike individene reagerer.

Selv mord er et viktig samfunnsproblem. Siden det viser seg at psykisk syke er mer utsatt til å begå suicid, er dette noe helsepersonell som jobber innenfor psykisk helsevern burde ta stilling til. For å kunne møte denne utfordringen på best mulig måte, er det viktig med økt kunnskap. Vi ser også at det kan være en fordel hvis helsepersonell til en viss grad er forberedt på de reaksjonene som kan komme, da dette kan være med på at de håndterer situasjonen bedre, samt gjør det lettere å takle reaksjonene i ettertid.

Vi tror det er viktig for praksis at bevisstheten økes rundt reaksjoner som kan oppstå etter pasient suicid. Det er ingen tvil om at pasientsuicid påvirker helsepersonell, og at det kan oppleves som en traumatisk hendelse. Økt bevissthet på reaksjoner kan gjøre at helsepersonell står bedre rustet til å hjelpe seg selv, men også være en støtte og hjelp for kollegaer.

6.1 Forslag til videre forskning

Det er viktig med ytterligere forskning på helsepersonells reaksjoner og om hva som kan være til støtte og hjelp for å håndtere og komme seg videre. Videre forebygging av suicid i befolkningen kan være en avgjørende faktor for også å redusere antall berørte.

Referanseliste

- Anneberg, Inger. 2002. *Sorgen ved selvmord*. København: Høst & Søn.
- Beverley, Joyce og Hal Wallbridge. 2003. "Effects of Suicidal Behavior on a Psychiatric Unit Nursing Team". *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 41 (3): 14-23.
- Bohan, Fiona og Louise Doyle. 2008. "Nurses` experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit". *Mental health practice*. 11 (5): 12-16.
- Bowers, Len, Alan Simpson, Sophie Eyres, Henk Nijman, Cerdic Hall, Angela Grange og Louise Phillips. 2006. "Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study". *International journal of Mental health Nursing*. 15: 226-234.
- Dalland, Olav. 2008. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Database for statistikk og høyere utdanning. 2014. *Tema: publiseringskanaler*. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lest 05.02.14)
- Dyregrov, Kari og Atle Dyregrov. 2007. *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, Kari, Einar Plyhn og Gudrun Dieserud. 2009. *Etter selvmordet - veien videre*. Oslo: abstrakt forlag.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of advanced Nursing*. 20 (2): 22-25.
- Folkehelseinstituttet. 2011. Tema: *Fakta og helsestatistikk om selvmord og selvmordsforsk.* http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,8148&MainContent_6261=6464:0:25,6341&List_6212=6218:0:25,6354:1:0:0::0:0 (Lest 10.02.14)

- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Helsedirektoratet. 2011. Tema: *Etter selvmordet- Veileder om i varetakelse av etterlatte ved selvmord*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretakelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Publicasjoner/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretakelse-av-etterlatte-ved-selvmord.pdf> (Lest 10.02.14).
- Hendin, Herbert, Alan Lipschitz, John T. Maltzberger, Ann Pollinger Haas og Shelly Wynecoop. 2000. "Therapists` Reactions to Patients` suicides". *Am J Psychiatry*. 157: 2022-2027.
- Hendin, Herbert, Ann Pollinger Haas, John T. Maltzberger, Katalin Szanto, Heather Rabinowicz. 2004. "Factors Contributing to Therapists` Distress After the Suicide of a Patient". *Am J Psychiatry*. 161: 1442-1446.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Høgskolen i Molde. 2013. *Retningslinjer for avsluttende bachelor oppgave*. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.
- Iversen, Thomas. 2009. Psykisk førstehjelp. I: N. Buus (red.). *Psykiatrisk sygepleje*, ss. 233-259. Danmark: Nyt Nordisk Forlag.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Kunnskapssenteret. 2008. Tema: *sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Lest 08.02.14).
- Landers, Anne, Sinead O`Brien og Darra Phelan. 2010. "Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Irland". *The Psychiatrist*. 34: 136-140.
- Lauridsen, I.E. (1994): *Sorg: livets trofaste følgesvend*. København; Frydenlund Grafisk.
- Madsen, Bente Hjorth, Lilian og Merete Nordentoft. 2003. *Når selvmordet truer livet til debat*. København: Munksgaard Danmark.

- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Snoek, Jannike og Knut Engedal. 2011. *Psykiatri*. Trondheim: Akribe.
- Strømme, Hilde. *Litteratursøking*. 2007. *Sykepleien Forskning*. 1 (4): 264-265.
- Svendsen, Eva Helen. 2005. “Å miste en pasient i selvmord”. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 42 (6): 512-514.
- Takahashi, Chizuko, Fuminori Chida, Hikaru Nakamura, Hiroshi Akasaka, Junko Yagi, Atsuhiko Koeda, Eri Takusari, Kotaro Otsuka og Akio Sakai. 2011. “The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support”. *Bmc Psychiatry*. 38(11): 1-8.
- Ting, Laura, Sara Sanders, Jodi M. Jacobsen og James R. Power. 2006. “Dealing with the Aftermath: A qualitative Analysis of Mental Health Social Workers` Reactions after a Client Suicide”. *Social work*. 51 (4): 329-341.
- Ting, Laura, Jodi M. Jacobsen og Sara Sanders. 2011. “Current Levels of Perceived Stress among Mental Health Social Workers Who Work with Suicidal Clients”. *Social Work*. 56 (4): 327-335.
- Vråle, Gry Bruland. 2009. *Møte med det selvmords truende mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Weisæth, Lars og Lars Melhum. 1993. *Mennesker traumer og krise*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. 2014. Tema: *Mental health. Suicide prevention (SUPRE)*.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
 (Lest 05.02.14).
- Wurst, Martin Fredrich, Sandra Mueller, Sylvie Petitjean, Sebastian Euler, Natasha Thon, Gerhard Wiesbeck og Manfred Wolfersdorf. 2010. “Patient Suicide: A survey of Therapists` Reactions ”. *Suicide and life-threatening Behavior*. 40 (4): 328-336.
- Wurst Martin Fredrich, isabella Kunz, Gregory Skipper, Manfred Wolfersdorf, Karl H Beine, Rudiger Vogel, Sandra Müller, Sylvie Pettijean, Natasha Thon. 2013. “How therapists react to patient`s suicide: findings and

consequences for health care professionals` wellbeing”. *General hospital psychiatry*.32: 565-570.

Vedlegg 1 - PIO-skjema

P	I	O
<p>Selvmord* Suicide* Pasient suicide</p> <p>Psykatri Pasient Klient</p>	<p>Sykepleier* Helsepersonell* Personell</p>	<p>Følelse* Reaksjon Påvirkning Erfaring</p>
<p>Suicid* Selfkill*</p> <p>Psykiatr* Psykiatr* inpatient* Psykiatr* hospital Psykiatr* patient* Patient* Client* Inpatient*</p>	<p>Nurs* Health worker* Staff* Personnel* Social worker* Therapist* Psychiatrist* Assistant* Mental health professional* Mental health therapist*</p>	<p>Feel* Aftermath* Emotion* Impact* Longterm* React* Experienc* Effect* Influence*</p>

Vedlegg 2 - Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Data	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
(suicid* or selfkill*) AND nurs* AND (feel* or aftermath* or emotion* or impact* or react* or experienc* or effect*) and (psychiatr* or psychiatr* inpatient* or psychiatr* patient* or patient*)	20.01.14	Ovid Medline	499	3	2	1
all((suicid* OR self kill*) AND nurs* AND (feel* OR aftermath* OR emotion* OR impact* OR react* OR experienc* OR effect*) AND (psychiatr* OR psychiatr* inpatient* OR psychiatr* patient* OR patient*)) AND all((suicide)) AND (inpatient) AND ftany(yes)	20.01.14	ProQuest	56	1	0	0
(suicid* or self kill*) AND nurs* AND (feel* or aftermath* or emotion* or impact* or react* or experienc* or effect*) and (psychiatr* or psychiatr* inpatient* or psychiatr* patient*	20.01.14	PubMed	276	5	3	1

or patient*)						
all(impact* OR feeling* OR emotion* OR react*) AND all((suicide*)) AND all((nurse* OR Health worker* OR staff)) AND all((patient*)) AND ftany(yes) AND schol(yes) AND at.exact("Article") AND la.exact("English" OR "Norwegian" OR "Danish") AND pd(>20071231)	24.01.14	ProQuest	24	2	1	1
all(mental health professional* OR therapist* OR mental health therapist*) AND all((suicide)) AND (inpatient) AND ftany(yes) AND pd(>20071231)	31.01.14	ProQuest	61	3	2	1
all(suicid* OR self kill*) AND all((nurs*)) AND all((feel* OR aftermath* OR emotion* OR impact* OR longterm* OR react* OR experienc* OR effect*)) AND all((psychiatr*or psychiatr* inpatient* OR psychiatr* hospital OR psychiatr* patient*)) AND ftany(yes) AND schol(yes) AND	07.03.14	ProQuest	57	5	3	2

la.exact("English" OR "Norwegian" OR "Danish") AND pd(>20021231)						
all(suicid* OR self kill*) AND all((nurs*)) AND all((feel* OR aftermath* OR emotion* OR impact* OR longterm* OR react* OR experienc* OR effect*)) AND all((psychiatr*or psychiatr* inpatient* OR psychiatr* hospital OR psychiatr* patient*)) AND schol(yes) AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article") AND la.exact("English" OR "Norwegian" OR "Danish") AND pd(>20031231)	07.03.14	ProQuest	176	6	0	0
all(suicid* OR self kill*) AND all((nurs*)) AND all((psychiatr*or psychiatr* inpatient* OR psychiatr* hospital OR psychiatr* patient*)) AND schol(yes) AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article") AND	07.03.14	ProQuest	378	8	2	0

la.exact("English" OR "Norwegian" OR "Danish") AND pd(>20031231)						
(suicid* OR selfkill*) AND (nurs* or Health worker* or Staff* or Personnel* or Social worker* or Therapist* or Psychiatrist* or Assistant*)AND (feel* OR aftermath* OR emotion* OR impact* OR longterm* OR react* OR experienc* OR affect*) AND (psychiatr*or psychiatr* inpatient* OR psychiatr* patient*)	07.03.14	Ovid PsycINFO	64	2	0	0
client suicid* and (social worker* or nurs* or psychiatr*) and (feel* or effec* or emotion* or impact* or aftermath*)	10.03.14	ProQuest	9424	4	2	1
(suicid* OR self kill*) AND (nurs* or Health worker* or Staff* or Personnel* or Social worker* or Therapist* or Psychiatrist* or Assistant*)AND (feel* OR aftermath* OR emotion* OR impact* OR longterm* OR react* OR experienc* OR effect*) AND	17.03.14	PubMed	515	3	2	2

(psychiatr*or psychiatr* inpatient* OR psychiatr*) patient*)						
patient suicide, impact on psychiatrists	17.03.14	Google scholar	17 100	1	2	2
nurs* AND (react* OR emotion* OR aftermath* OR feel* OR impact* OR longterm* OR experienc* OR effect* OR influence*) AND (inpatient suicid* OR patient suicid* OR client suicid* OR suicid*)	23.06.14	ProQuest	6018	4	1	0
nurs* AND (react* OR emotion* OR aftermath* OR feel* OR impact* OR longterm* OR experienc* OR effect* OR influence*) AND (inpatient suicid* OR patient suicid* OR client suicid* OR suicid*)	23.06.14	Googlescholar	6 018	5	0	0

Vedlegg 3 – Artikkelloversikt

Forfatter År Land Tidsskrift Database	Beverly og Wallbridge 2003 Canada Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services ProQuest
Tittel	Effects of Suicidal Behavior on a Psychiatric Unit Nursing Team
Hensik	Hovedmålet va å få innsikt i hvilken effekt en serie av pasient suicid hadde på pleie-personell på en akutt psykiatrisk enhet. Et annet mål var å identifisere faktorer som har vært hjelpsomme, manglet eller skadelige i forbindelse med støtte for å takle hendelsen.
Metode Instrument	Kvalitativ metode. Intervju ble tatt opp på lydbånd og gjort om til skriftlig materiale.
Deltagere Frafall	9 2
Etisk vurdering	Deltagerne fikk informasjon om hva studien gikk ut på, metoden og forsikring om anonymitet.
Hovedfunn	Hendelsene hadde påvirkning på både følelsene og oppførselen til pleierne, også på team-miljøet. 6 av de 9 deltagerne rapporterte stress, tristhet, sjokk og andre emosjonelle reaksjoner. Alle unntatt en deltager mente at de opplevde at sine kollegaer ble påvirket av hendelsene og noen mente det skapte en splittelse i miljøet. De fleste i denne studien mente det skulle vært en formell debrifing eller annen konsultasjon etter

	en slik kritisk hendelse.
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	God

Forfatter	Bohan og Doyle
År	2008
Land	Irland
Tidsskrift	Mental health practice
Database	ProQuest
Tittel	Nurses` experiences of patient suicide and suicide attempts.
Hensik	Studien har som mål å beskrive de erfaringene og reaksjonene psykiatriske sykepleiere har ved suicid på en akutt psykiatrisk avdeling. Den tar også i sikte å utforske deres oppfatning av støtten de fikk etter hendelsen.
Metode	Kvalitativ beskrivende studie.
Instrument	Semistrukturert intervju.
Deltagere	9
Frafall	0
Etisk vurdering	De ble kontaktet med en innbydende i posten til å delta på studien. Den inneholdt meningen med forsøket og metoden de skulle bruke. De fikk også en forsikring om at dette var en konfidensiell studie. Det kommer ikke klart frem i teksten om den har blitt godkjent av en etisk komite.
Hovedfunn	Det kom frem i denne studien at deltakerne anga sjokk og sinne som de første reaksjonene etter et pasient suicid, deretter en følelse av hjelpeløshet når de prøvde å trøste sine kollegaer og pasienter når de selv var traumatisert. Reaksjoner som panikk, angst og frustrasjon kom også frem. Det kom frem at en

	eller annen form for støtte er avgjørende etter en slik hendelse. Det kunne være i form av støtte fra kollegaer, familie, ledelsen, tid satt av til å snakke gjennom hendelsene med kollegaer, mer undervisning om suicid og team-building øvelser.
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	God

Forfatter	Bowers et al.
År	2006
Land	London, UK
Tidsskrift	PubMed
Database	
Tittel	Serious untoward incidents and their aftermath in acute inpatient psychiatry: The Tomkins Acute Ward Study.
Hensik	Utforske hvilken påvirkning alvorlige uheldige hendelser som blant annet suicid, har på helsepersonell på en døgnenhet.
Metode	Kvalitativ studie
Instrument	Intervju på båndopptak, som ble gjort om til skriftelig materiale.
Deltagere	56
Frafall	18
Etisk vurdering	Etisk godkjenning fra en lokal etisk forskningskomite.
Hovedfunn	Følelser av sjokk, depresjon, demoralisering, opprørt, tap, sorg fulgt av grubling, skyld og angst. Tristhet, tap og sorg ble ekstra sterk når helsepersonellet hadde kjent pasienten en stund. Etter hendelsen(e) ble det et økt fokus på risikovurdering. Mangel på støtte utenifra og nye oppgaver å ta tak i, var et hinder for å bearbeide

	den følelsesmessige påkjenningen. Selv om det hadde gått lang tid etter noen av hendelsene, hadde det fortsatt en påvirkning på avdelingen.
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	God

Forfatter	Hendin et al.
År	2000
Land	USA
Tidsskrift	Am J Psychiatry
Database	Google Scholar
Tittel	Therapists' reactions to patients' suicides.
Hensik	Forskerne var ute etter å finne ut om reaksjoner til terapeuter etter pasient suicid.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ
Instrument	Semistrukturert intervju
Deltagere	26
Frafall	0
Etisk vurdering	Deltagerne ble spurt om de ville være med i undersøkelsen. Det kom ikke tydelig frem i teksten videre etiske hensyn. Men deltagerne måtte gjennom en prosess der de måtte skrive mellom 15-20 sider om suicidet og deres etter reaksjoner for å i det hele tatt få bli med på studien.
Hovedfunn	21 av 26 erfarte reaksjoner som sjokk, sorg, skyldfølelse, frykt, sinne, skam og at de følte seg sviktet. Det kom frem at noen av terapeutene helst ville unngå å behandle flere suicidale pasienter, alle deltagerne kunne peke på minst en endring de ville gjort i sin egen behandling av deres pasient og de som fikk støtte av kollegaer følte seg mindre isolerte. Noen av terapeutene begynte å gå til sin egen

	terapeut igjen for å jobbe gjennom hendelsene, dette hjalp på skyldfølelsen.
Nivå	Nivå 2
Kvalitet	Middels

Forfatter	Hendin et al.
År	2004
Land	USA
Tidsskrift	Am J Psychiatry
Database	Google scholar
Tittel	Factors Contributing to Therapists` Distress After the Suicide of a Patient
Hensikt	Finne ut hvilke faktorer som påvirker terapeutens ubehag etter pasient suicid.
Metode	Kvantitativ og kvalitativ
Instrument	Semistrukturert spørreundersøkelse
Deltagere	34
Frafall	0
Etisk vurdering	Det står at alle deltagerne meldte seg frivillig til å delta, og at de fikk full informasjon om studien før start.
Hovedfunn	Sorg og skyldfølelse var de to reaksjonene som gjorde at terapeutene hadde et sterkt psykisk ubehag. Intensiteten på sorgen var høyere jo mer terapeutene kjente pasienten. Andre reaksjoner som også kom frem var sjokk, sinne, angst og vonde drømmer. De fant ut av over 1/3 av deltagerne led av sterkt psykisk ubehag.
Nivå	Nivå 2.
Kvalitet	Middels

Forfatter	Landers et al.
År	2010
Land	Irland

Tidsskrift	The Psychiatrist
Database	Google scholar
Tittel	Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Ireland.
Hensikt	Å studere effekten et pasientsuicid hadde på både det personlige og det profesjonelle livet til konsulterende psykiatere i Irland.
Metode	Kvantitativ metode.
Instrument	Spørreskjema
Deltagere	178
Frafall	114
Etisk vurdering	Det ble sendt ut en konfidensiell spørreundersøkelse, som ikke var kodet og nummerert slik at deltagerne var sikret konfidensialitet.
Hovedfunn	97 % sa at pasientsuicid hadde en påvirkning på enten det professionelle eller personlige liv. Den mest vanlige reaksjonen var opptatthet av selvmordet og skyldfølelse. Uformell støtte mente deltagerne var til mest hjelp, en stor andel sa også at en gjennomgang av hendelsen hadde kunnet vært hjelpsomt.
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	God

Forfatter	Takahashi et al.
År	2011
Land	Japan
Tidsskrift	BMC Psychiatry 11
Database	Ovid Medline
Tittel	The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support
Hensikt	Denne studien skulle undersøke erfaringene til psykiatriske sykepleiere som har opplevd at pasienter har tatt suicid. Deres erfaring med å evaluere deres egen etter-reaksjon og

	tilgjengeligheten for ekspertise innen psykisk helse og læring etter hendelsen(e).
Metode	Kvantitativ
Instrument	Spørreskjema
Deltagere	531
Frafall	31
Etisk vurdering	Godkjent av Iwate Medical University etiske komite.
Hovedfunn	Skyld og selvbredelse var de mest vanlige reaksjonene. Undersøkelsen viste også at det var en lav andel av sykepleierne som hadde vært på seminar om suicid forebygging og psykisk helsearbeid for sykepleiere. Av pleierne som hadde vært i kontakt med disse pasientene, var det en andel på 13,7% som skåret høyt på IES-R skala, det vil si at de har eller står i fare for å få diagnosen PTSD (post traumatisk stress lidelse).
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	Middels

Forfatter	Ting et al.
År	2006
Land	USA
Tidsskrift	Social Work
Database	ProQuest
Tittel	Dealing with the aftermath; A qualitative analysis of mental health social workers reactions after A client suicide.
Hensikt	Finne ut reaksjonene til helsepersonell innen psykisk helsevern etter pasientsuicid
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Telefon intervju som ble tatt opp på lydbånd
Deltagere	25
Frafall	0
Etisk vurdering	Alle deltagerne ble sikret anonymitet og

	godkjente at intervjuet ble tatt opp.
Hovedfunn	Deltagerne opplevde en hel rekke av psykologiske og emosjonelle reaksjoner etter et klient suicid. Hovedtemaene som ble identifisert inkluderte både profesjonelle og personlige reaksjoner. Fornektelse, mistro, sorg, tap, sinne, selvbefridelse, og en rekke andre reaksjoner som påvirket deres profesjonelle utøvelse. Selv om det ser ut som visse reaksjoner hadde en innvirkning på personellet profesjonelt, var andre reaksjoner universelle menneskelige reaksjon etter et traume. Deltagerne følte seg mindre isolerte og opplevde mindre skyldfølelse når de fikk støtte fra arbeidsplassen.
Nivå Kvalitet	Nivå ukjent, men den er fagfellevurdert (se vedlegg.5). God

Forfatter	Ting et al.
År	2011
Land	USA
Tidsskrift	Social work
Database	ProQuest
Tittel	Current Levels of Perceived Stress among Mental Health Social Workers Who Work with Suicidal Clients.
Hensikt	Denne studien hadde i hensikt å undersøke helsepersonells reaksjoner etter et klient suicid.
Metode	Kvantitativ studie
Instrument	Anonym spørreundersøkelse.
Deltagere	515
Frafall	485
Etisk vurdering	University institutional review board approval
Hovedfunn	Studien viste at det var et høyere nivå av

	sekundær traumatisk stress rett etter pasientsuicid forutser et høyere nivå stress senere. Studien mente at det ikke fantes nok forskning på intervensjoner for suicid briefing, håndtering og sorg. Det kom også fram at helsepersonellet ikke hadde fått opplæring under utdanningen sin om debrifing eller om hvordan en takler reaksjoner etter pasientsuicid.
Nivå Kvalitet	Nivå ukjent, men den er fagfellevurdert (se vedlegg.5). Middels

Forfatter	Wurst et al.
År	2010
Land	United Kingdom
Tidsskrift	Suicide and Life- Threatening Behavior
Database	ProQuest
Tittel	Patient Suicide: A Survey of Therapists` Reactions
Hensikt	Finne ut hvordan terapeuter reagerte på pasientsuicid og hvilke faktorer som bidrar til reaksjonene.
Metode	Kvantitativ metode
Instrument	Spørreskjema
Deltagere	172
Frafall	101
Etisk vurdering	Godkjent av Ethical Committee of Basel (EKBB), Switzerland.
Hovedfunn	Hovedredaksjonene som ble rapportert rett etter suicidet var sjokk og tristhet. Andre var følelsen av utilstrekkelighet, skyld og sinne.
Nivå Kvalitet	Nivå 1 Middels

Forfatter	Wurst et al.
År	2013
Land	Tyskland
Tidsskrift	General Hospital Psychiatry
Database	PubMed
Tittel	How therapists react to patient suicide: findings and consequences for health care professionals' wellbeing.
Hensikt	Teste holdet på tidligere studier i forhold til påvirkningen pasient suicid har på helsepersonells. Identifisere en potensiell sub-gruppe av det personellet som trenger ekstra oppfølging. Også finne ut om det er noe forskjell mellom yrkesgruppene i forhold til ubehaget etter hendelsen.
Metode	Kvantitativ
Instrument	Spørreskjema
Deltagere	226 terapeuter fra 93 ulike sykehus
Frafall	108 sykehus ble ikke med i undersøkelsen
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Ethical Committee of Basel (EKBB), Switzerland.
Hovedfunn	Det ble rapportert om sterkt ubehag etter hendelsene, Sjokk og tristhet var hoved følelsene.
Nivå	Nivå 1
Kvalitet	Middels

Vedlegg 4 - Hovedtema

Hovedfunn	Antall artikler	Nøkkelfunn	Tema
Sjokk	8	- Benektelse - Mistro	Helsepersonell opplevde sjokk
Skyld	8	- Selvbebreidelse - Skam - Utilstrekkelighet	Kunne jeg gjort noe annerledes?
Sinne	7	- Frustrasjon - Hjelpsløshet	Sinne
Søvn	5	- Fantasier - Flashbacks - Innsovning - Kvalitet - Vonde drømmer	Forstyrret søvn
Frykt	5	- Angst - Bekymring - Redsel	Frykt for flere suicid
Sorg	5	- Tap - Tristhet	Sorg
Brunt	11	- Debrifing - Familie/venner - Forberedelse - Kunnskap - Viktig å snakke om det	Behov for støtte

Vedlegg 5 - E-mail

Dear Aimee Winsjansen,

Your email was forwarded to my attention. All submitted articles are peer reviewed before they are published in the journal.

If you need further assistance, please contact me.

Thank you,

Tracey Hawkins
Circulation Coordinator
Publications

National Association of Social Workers
750 First Street NE Suite 700
Washington, DC 20002-4241
Phone: [202-336-8361](tel:202-336-8361)
Fax: [202-336-8312](tel:202-336-8312)
thawkins@naswdc.org
www.naswpress.org

-----Original Message-----

From: Oxford Corporate Sales [mailto:admin@example.com]

Sent: 25 March 2014 11:54

To: contact-form@corporateservicesoup.com

Subject: Corporate Sales - Subject: Other - Sent by: Name: Aimee Winsjansen - Tuesday, March 25, 2014 - 14:54

Name: Aimee Winsjansen

Submitted on Tuesday, March 25, 2014 - 14:54 Submitted by user:

Submitted values are:

Name: Aimee Winsjansen

Email: aimeewinsjansen@gmail.com

Phone Number: [+4741467003](tel:+4741467003)

Subject: Other

Message:

Me and my friend is writing a bachelor in general nursing about health workers reactions to patient suicide.

We have used three articles published by Laura Ting in Social Worker 2006, 2008 and 2010. We can't seem to find if the journal is peer reviewed?

This is really important to our paper. Hope that you got time to answer as soon as possible.

Best regards Aimee and Anne Marit

Subscribe to list: